



לשם הנוחות, הטופס מנוסח בלשון זכר - הטופס מיועד לנשים וגברים כאחד
יש למלא טופס הצהרת נהנה לבעל פוליסה / למבוטח (דף 2)

פרטי המבוטח					
שם משפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.	
טלפון נייד			טלפון נוסף		כתובת דואר אלקטרוני
כתובת	רחוב	מספר	ת.ד.	ישוב	מיקוד

בחירת אופן קבלת מסמכים

באפשרותך לבחור את אופן קבלת מסמכי הפוליסה לרבות דף פרטי ביטוח, גילוי נאות ודו"ח שנתי ("המסמכים").
המסמכים ישלחו אליך באופן דיגיטלי למספר הטלפון הנייד ו/או לכתובת דוא"ל המעודכנים בחברה במועד השליחה.
אם אינך מעוניין בכך וברצונך לקבל את המסמכים באמצעות דואר ישראל המעודכנת בחברה יש לסמן כאן .
ניתן לעדכן את הבחירה או הפרטים בכל עת, באמצעות פניה לשירות לקוחות או באזור האישי באתר החברה בכתובת: www.ayalon-ins.co.il.
תשומת לבך כי בחירתך כאמור תעודכן עבור כלל מוצרי בריאות, חייים וחסכון בחברה (למעט ביטוחים קבוצתיים).

אני הח"מ ממנה בזאת את המוטבים/ים להלן לצורך קבלת כספים, במקרה ביטוח של מותי, בפוליסות לעיל שברשותי, בהתאם ובכפוף לתנאי הפוליסה/ות:

מספר פוליסה	מספר פוליסה	מספר פוליסה	מספר פוליסה	מספר פוליסה
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

בקביעת מוטבים שונים בכל פוליסה, יש למלא טופס בקשה נפרד עבור כל אחת מהפוליסות.

יורשים חוקיים

תשלום למוטבים הבאים:

מוטב 5	מוטב 4	מוטב 3	מוטב 2	מוטב 1	
					שם פרטי
					שם משפחה
					מספר זהות
					תאריך לידה
					מין
					רחוב
					מס' בית
					ישוב
					ומיקוד
					קרבה
					חלק באחוזים*

* ככל שלא ימולא החלק של המוטב באחוזים, בעת פטירה יחולקו הכספים באופן שווה בין המוטבים.

במות המוטב לפני, ישולם חלקו ליורשיו החוקיים של המוטב שנפטר.

הצהרות המבוטח

- בקשה למינוי מוטבים זו, מבטלת כל מינוי מוטבים קודם ו/או כל הוראה קודמת למינוי או שינוי מוטבים שנתנה לכם ביחס לפוליסה/ות הרלבנטית/יות.
- ככל שטופס זה יועבר לחברה בחתימתי, ללא מינוי מוטבים משמע שיבוטל מינוי המוטבים הקודם ובעת מקרה ביטוח של מותי, הכספים ישולמו ליורשי על פי דין, על פי צו קיום ירושה/ צו קיום צוואה.
- בהעדר שאירים ובהעדר הוראה למינוי מוטבים, הכספים ישולמו ליורשי על פי דין, על פי צו קיום ירושה/ צו קיום צוואה.
- בביטוח מנהלים כספי פיצויים בפוליסה/ות ישולמו לשאירים חוקיים, בהתאם חוק פיצויי פיטורים.
- מסירה וטיפול במידע אישי לפי דיני הגנת הפרטיות**
אני מאשר שהמידע שמסרתי במסמך זה וכל מידע נוסף שאסמור, נמסר מרצוני והסכמתי. ידוע לי שלא חלה עלי חובה חוקית למסור את המידע וכי המידע ישמר במאגרי המידע של החברה ויטופל כמפורט במדיניות הפרטיות של החברה. המידע ישמש את החברה בין היתר, לצורכי ניהול, טיפול ותפעול פוליסות הביטוח ושירותים ומוצרים נוספים וכל עניין בקשר עימן, לרבות לצרכי בקרה, טיוב ושיפור פעילות מוצרי ושירותי החברה, שיווק וקיום חובות חוקיות שחלות על החברה. המידע שאסמור לחברה, וכן מידע אודות הפוליסה פרטיה ותנאיה, יכול שיועבר לצדדים שלישיים (כגון: מוטבים, ספקים, מבטחי משנה וכיו') בהתאם לדין. למידע מפורט נא ראה במדיניות הפרטיות המתפרסמת באתר האינטרנט של החברה בכתובת www.ayalon-ins.co.il.

תאריך	חתימת המבוטח
-------	--------------

ניתן להעביר לפקס מספר 03-7569566 או סרוק בדואר אלקטרוני ל bht@ayalon-ins.co.il

(בהתאם לתוספת השניה בצו איסור הלבנת הון תשע"ז-7102)
הטופס ימולא בנפרד על ידי בעל הפוליסה ובנפרד על ידי המבוטח (אם שונה מבעל פוליסה)

אני בעל הפוליסה מבוטח בפוליסה
שם / שם התאגיד _____ שם משפחה _____ ת.ז. / מספר תאגיד _____

מצהיר בזאת כי:

אני פועל בעבור עצמי וכי אין נהנה* בזכויות הגלומות בפוליסה זולת בעל הפוליסה והמבוטח, למעט זכויותיהם של המוטבים למקרי חיים והמוטבים למקרי מוות בפוליסה.

יש נהנה* בזכויות כאמור, ואולם פרטי הזיהוי שלו טרם ידועים; הסיבה לכך: _____

אני מתחייב למסור את פרטי הנהנה מיד עם היוודע זהותו.

הנהנים* בפוליסה הם:

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון / לתושב זר	שם המדינה בה הונפק הדרכון	תאריך לידה	מין	מען
				/ /	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
				/ /	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	

בעלי השליטה בתאגיד הם (ימולא במקרה שבו המצהיר הוא תאגיד)

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות / דרכון / מספר תאגיד	שם המדינה בה הונפק הדרכון	תאריך לידה	מין	מען
				/ /	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
				/ /	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
				/ /	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	
				/ /	<input type="checkbox"/> ז <input type="checkbox"/> נ	

הגדרת "נהנה" - אדם שאינו מוטב למקרה חיים או מוטב למקרה מוות, שבעבורו או לטובתו מוחזק הרכוש או נעשית פעולה ברכוש, או שביכולתו לכוון פעולה ברכוש, והכל במישרין או בעקיפין, ולעניין תאגיד - גם בעל שליטה בתאגיד.

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרטים לעיל.

ידוע לי כי מסירת מידע כוזב, לרבות אי מסירת עדכון של פרט החייב בדיווח, במטרה שלא יהיה דיווח או לגרום לדיווח בלתי נכון לפי סעיף 7 לחוק איסור הלבנת הון, התש"ס-2000, מהווה עבירה פלילית.

סמן מי מצהיר:	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך	חתימה
<input type="checkbox"/> בעל הפוליסה <input type="checkbox"/> המבוטח <input type="checkbox"/> אפטרופוס					